

年 月 日

青森県知事 殿

住 所

届出者

氏 名

受給者との続柄

電話番号

資 格 喪 失 届 出 書

下記のとおり、先天性血液凝固因子障害等医療受給者資格を喪失したので届出します。

記

受給者番号		受給者氏名
資格喪失の理由 ※該当する内容の番号を○で囲んでください。	1. 治 癒 2. 死 亡 3. 県外転出 4. 生活保護法の適用を受けた （提出が必要な方は、適用を受ける前に加入していた医療保険が「国民健康保険」又は「後期高齢者」であった方のみです。その他の医療保険に加入している方は、この届出書の提出は必要ありません。） 5. その他（ ）	
資格喪失年月日	年 月 日	

- 1) この届出書を提出する時は、必ず「先天性血液凝固因子障害等医療受給者証」を添付してください。
- 2) 「4」の理由で提出する場合は、上記1)の書類と「保護開始決定通知書」の写しを添付してください。